

# Plan de acción para mi COPD

Mi nombre:

Fecha:

Mi dirección:

Nombre de mi médico o clínica:

Teléfono de mi médico o clínica:

Si tengo una emergencia, comuníquese con esta persona:

(Nombre)

(Teléfono)

Teléfono de Your Healthcare Plus: 1-800-973-6792

## Para sentirse mejor y para respirar más fácilmente:

### 1. Debo usar la medicina con inhalador



(Nombre de la medicina)	inhalaciones cada	horas
(Nombre de la medicina)	inhalaciones cada	horas
(Nombre de la medicina)	inhalaciones cada	horas

### 2. El día en que dejaré de fumar es: \_\_\_\_\_ (fecha)

Para dejar de fumar: \_\_\_\_\_

### 3. Debo vacunarme contra la gripe cada otoño: Sí No

### 4. Debo usar oxígeno durante \_\_\_\_\_ horas cada día. El nivel de oxígeno debe ser \_\_\_\_\_ litros/minuto

### 5. Debo hacer \_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ veces cada día. (tipo de ejercicio)

### 6. Debo hacer ejercicios de respiración durante \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ veces cada día.

### 7. Debo ver al médico o ir a la clínica cada

Debo llevar mi(s) inhalador(es) conmigo cada vez que vaya al médico o a la clínica:  Sí  No

### 8. Debo llamar al médico o a la clínica de inmediato si:

• Es más difícil respirar:

Sí  No

• Las flemas se hacen más espesas:

Sí  No

• Hay más flemas al toser:

Sí  No

• Las flemas cambian de color (más oscuro):

Sí  No

• La tos empeora:

Sí  No

• Tengo alta temperatura (me siento caliente o enfermo):

Sí  No

(continúa al otro lado)



Your Healthcare **Plus**<sup>TM</sup>

La Mejor Ayuda para Mejorar su Salud

Un beneficio gratuito del

**IHFS** ILLINOIS DEPARTMENT OF  
Healthcare and  
Family Services

©2006 McKesson Health Solutions LLC. Todos los derechos reservados.

Your Healthcare Plus™ es marca registrada del Estado de Illinois.  
Impreso con autorización del Estado de Illinois.  
ILCPDAP\_SP0906\_67609 6000

## **Plan de Acción para COPD**

*(continuación)*

## Otras medicinas:

**Ya me vacunaron contra la pulmonía:**  Sí  No

Ya me hicieron una prueba de capacidad respiratoria (espirometría):  Sí  No

Ya me hicieron una prueba de tuberculosis sobre la piel:  Sí  No

Ya comenté las “Instrucciones por Adelantado” con mi familia y con el médico o la clínica:  Sí  No



**Mi presión sanguínea es:**

## Peso/Alimentación:

Debo subir de peso:  Sí  No

Debo bajar de peso:  Sí  No

Puedo agregar sal o comer alimentos salados como tocino, salchichas o sopas enlatadas:  Sí  No

Puedo comer carnes grasosas, piel de pollo, manteca o mantequilla, alimentos fritos o comida rápida:  Sí  No

Entre comidas puedo comer fruta, galletas con mantequilla de cacahuate o leche:  Sí  No

## Otras instrucciones:

**Debo buscar ayuda de emergencia cuando:**

Tenga dificultad para hablar:  Sí  No | Tenga un ritmo cardíaco o pulso muy rápido:  Sí  No

Tenga dificultad para caminar:  Sí  No Los labios o las uñas se pongan grises o moradas:  Sí  No

La medicina para mejorar la respiración no me ayude por mucho tiempo o no me ayude para nada.  Sí  No

Todavía respiro agitadamente y con dificultad:  Sí  No